

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 23

FACULTÉ DE MEDECINE

DE

L'ACNÉ CHELOÏDIENNE DE LA NUQUE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LE CHLORURE DE MÉTHYLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1916

PAR

Maurice-E. FEZOU

EXTERNE DES HOPITAUX (CONCOURS 1912)

Né à Montpellier, le 20 novembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*

CABANNES, agrégé.

DERRIEN, agrégé.

VEDEL, agrégé libre.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1916

DE
L'ACNÉ CHELOÏDIENNE DE LA NUQUE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LE CHLORURE DE MÉTHYLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 23

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

L'ACNÉ CHELOÏDIENNE DE LA NUQUE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LE CHLORURE DE MÉTHYLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1916

PAR

Maurice-E. FEZOU

EXTERNE DES HOPITAUX (CONCOURS 1912)

Né à Montpellier, le 20 novembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président*.
CABANNES, agrégé.
DERRIEN, agrégé.
VEDEL, agrégé libre.

{ *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1916

PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSESSEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (*)
Clinique médicale	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale	IMBERT (*).
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. *).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie	GHIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABAUU (✱)

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Prof. hon.: MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O. *)

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, (prof. adj.)
Accouchements.	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch. de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires.	JEANBRAU (*), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (r. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	EUZIERE	LISBONNE

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>prof., président.</i>	M. DERRIEN <i>agrégé.</i>
CABANNES, <i>agrégé.</i>	VEDEL, <i>agrégé libre.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Profonde affection.

A MA SŒUR

Tendresse amicale de son grand frère.

A MON BEAU-FRÈRE ET AMI EDMOND LANFRANCHI

MÉDECIN AUXILIAIRE AU 240^{me} RÉGIMENT D'INFANTERIE
CITÉ A L'ORDRE DU JOUR DE L'ARMÉE

Grande estime et sincère affection.

MEIS ET AMICIS

M.-E. FEZOU.

A LA MÉMOIRE DE MON AMI REGRETTÉ JULIEN LACOMBE

A LA MÉMOIRE DE MES AMIS MORTS POUR LA FRANCE

A MES ANCIENS CAMARADES
LES MARINS DES EQUIPAGES DE LA FLOTTE

M.-E. FEZOU.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*En témoignage de ma respectueuse admiration
et de mon éternelle reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VEDEL

Admiration et gratitude.

M.-E. FEZOU.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

EXTERNAT

MONSIEUR	LE	PROFESSEUR	FORGUE
—		—	ESTOR
—		—	RAUZIER
—		—	BAUMEL

PENDANT LA GUERRE

MONSIEUR	LE	PROFESSEUR	CARRIEU
MONSIEUR	LE	PROFESSEUR AGRÉGÉ	LAPEYRE
—		—	VEDEL

A MES MAÎTRES DES CONFÉRENCES D'INTERNAT

MONSIEUR	LE	PROFESSEUR AGRÉGÉ	EUZIÈRE
—		—	ETIENNE

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR	LE	PROFESSEUR	FORGUE
MONSIEUR	LE	PROFESSEUR AGRÉGÉ	CABANNES
—		—	DERRIEN
—		—	VEDEL

M.-E. FEZOU.

AVANT-PROPOS

Les derniers moments de la vie d'étudiant sont empreints d'une certaine tristesse à l'idée des beaux jours écoulés, ils procurent, cependant, une grande joie, celle de pouvoir remercier les professeurs qui nous ont appris l'art difficile de guérir, et de leur témoigner toute notre gratitude.

Qu'il me soit donc permis de remercier ici M. le professeur Forgue. J'étais tout jeune et gravement malade, il m'a sauvé la vie et donné la santé. Plus tard, c'est lui encore qui, par sa science, a conservé notre père à notre affection.

Dès le début de mes études de médecine, j'ai suivi son grand enseignement clinique ; devenu son externe, j'ai pu l'approcher de plus près et mieux entendre les conseils qu'il nous donnait, en même temps qu'il nous inculquait des principes les plus précieux : le respect dû au malade et le souci constant de la conscience professionnelle.

Enfin, dès les premiers jours de cette guerre, avec une inlassable bonté, il a soutenu et aidé de ses conseils ma légitime ambition de servir activement notre patrie. C'est à lui, à sa grande autorité, que je dois d'avoir eu l'insigne

honneur de porter le col bleu, uniforme de la marine française.

Ce fut un beau rêve, malheureusement trop court comme tous les rêves, mais il restera gravé dans mon cerveau, comme les plus beaux jours de ma vie. Si je dois à M. le professeur Forgue une très grande reconnaissance pour les soins qu'il nous a donnés et l'enseignement qu'il nous a dispensé, notre belle langue est impuissante à traduire celle que je lui garde pour l'honneur qu'il nous a fait obtenir de servir dans la marine française. Que mon maître me permette de lui dire tout simplement : merci.

J'adresse aussi mes remerciements à MM. les professeurs Estor, Rauzier, Baumel et Carrieu, à MM. les professeurs agrégés Lapeyre, Euzière et Etienne pour le bel enseignement que j'ai pu recevoir d'eux ; à MM. les professeurs agrégés Derrien et Cabannes pour l'honneur qu'ils m'ont fait de siéger à ma thèse.

Dans les derniers mois de ma vie d'hôpital, j'ai été admis dans le service de M. le professeur Vedel, là j'ai pu admirer sa science et son profond sens clinique. J'ai pu assister aux premières applications de son nouveau procédé de traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque par le chlorure de méthyle, qu'il a bien voulu me confier comme sujet de thèse, honneur dont je sens tout le prix et aussi tout le poids, et dont je le remercie bien vivement ainsi que de la grande bonté qu'il n'a cessé de nous témoigner.

L'acné chéloïdienne est une affection rare, à longue évolution, dont le traitement est souvent d'une inefficacité désespérante. Nous avons pu en observer cinq cas, que notre maître, M. le professeur Vedel a traité par le chlorure de méthyle. Dans une première partie de notre tra-

vail, nous décrirons, d'après les auteurs, l'acné chéloïdienne de la nuque ; dans une seconde partie, nous nous occuperons de son traitement, en particulier, par le chlorure de méthyle, en essayant d'en tirer des conclusions théoriques et pratiques.

DE

L'ACNÉ CHÉLOÏDIENNE DE LA NUQUE

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LE CHLORURE DE MÉTHYLE

HISTORIQUE

Acné chéloïdienne de la nuque, ces quelques mots qui, aujourd'hui, désignent une affection bien connue et nettement définie n'ont été acceptés par le monde scientifique qu'après de nombreuses discussions.

Le premier, un Français entrevit cette affection, mais, cependant, ne reconnut pas sa nature exacte ; c'est Retz, qui, en 1790, dans son livre des maladies de la peau et de l'esprit, décrit, sous le nom de dartre de graisse, une maladie dont les symptômes sont identiques à ceux de notre acné chéloïdienne de la nuque.

Plus tard, en 1817, un autre Français, Alibert, dans son mémoire de la Société médicale d'émulation, rangea ces tumeurs du cou dans la catégorie des tumeurs cancéreuses et lui donna d'abord le nom de cancroïde de la

peau. Quelque temps après, se basant sur la ressemblance (ειδος) que cette tumeur présente avec la pince d'une écrevisse (χηλῆξ), il lui donna le nom de chéloïde.

A cette époque, Alibert classait les chéloïdes en spontanées ou primitives et cicatricielles ou secondaires, les premières étant les vraies chéloïdes, les secondes les fausses chéloïdes. Classification qui restera acceptée par les auteurs jusqu'aux temps modernes où l'on acceptera alors le contraire.

Ces deux auteurs avaient vu la chéloïde, mais n'avaient point décrit l'acné chéloïdienne proprement dite. C'est Bazin qui, dans l'article chéloïde qu'il écrivit, en 1872, pour le dictionnaire des sciences médicales, appliqua, le premier, le mot chéloïdien à une espèce d'acné qui avait été aperçue par les divers auteurs que nous avons consultés, mais qui n'avait encore jamais été séparée avant lui. De même, dans ses leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles... qui ont été recueillies par Guérard, il parle nettement de la chéloïde acnéique qu'il sépare du sycosis capillitis et de l'acné syphilitique.

Bazin signale d'ailleurs qu'un auteur avant lui avait déjà décrit les chéloïdes d'une façon magistrale, c'est Gintrac, dans son cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale.

Vérité, dans une note lue à l'Académie de médecine en 1882, appela cette affection acné chéloïdique.

Ce n'est qu'avec Besnier, dans les traductions qu'il fit des ouvrages de Kaposi, qu'apparaît, définitivement cette fois, le nom d'acné chéloïdienne. Cet auteur en fait, en même temps, une excellente description et fixe nettement la symptomatologie.

Besnier et Doyon discutent ensuite la pathogénie qui

est encore loin d'être bien établie, ainsi que le traitement qui, d'après eux, était d'une inefficacité désespérante.

Pendant que l'école française établissait définitivement et clairement la nature et la symptomatologie de l'acné chéloïdienne, l'école viennoise, avec Hébra et Kaposi, tout en entrevoyant la véritable personnalité de cette maladie, essayaient de lui donner une appellation personnelle. Hébra la nommait sycosis frambœsiforme et Kaposi la décrivait comme une dermatite du cuir chevelu. Ils mettaient, de plus, une grande attention à ne jamais prononcer le mot de chéloïde qu'ils étaient cependant bien près de décrire. Kaposi arrivait bien à admettre qu'il y avait là quelque chose de sclérosé ou de chéloïdien, mais que cette dénomination d'acné chéloïdienne ne convenait qu'au dernier stade de cette affection où se produirait, en effet, un tissu de chéloïde. C'était, en somme, refuser à l'ensemble de la maladie un nom qui n'était véritablement indiqué qu'à la dernière période, mais qui était pleinement justifié, puisque cette dernière période caractérisait à elle seule l'acné qui nous intéresse. Erhmann aurait voulu l'appeler folliculitis elephantiasica, puis folliculitis scleroticans sycosis, et Ledermann était tout disposé à accepter la dénomination des auteurs italiens de dermatitis cheloïdeæ nucheæ.

Parmi les travaux plus récents, nous devons une mention particulière à l'école italienne, représentée par Marcassi, Melle et Mibelli. Ce dernier reconnaît que le processus chéloïdien vient se surajouter à une acné et décrit, de plus, l'existence de cellules géantes que nous retrouvons plus tard.

Secchi et Mantegazza s'occupèrent aussi de la pathogénie, le second rejetant les conclusions du premier qui

tendait à considérer l'acné chéloïdienne comme due à des blastomycètes.

L'école anglaise, avec Colcott Fox, Douglas Heath, Witfield et Ridley, essaya d'établir la synonymie entre la dermatite papillaire de l'école viennoise et l'acné chéloïdienne de l'école française; de plus, Douglas Heath décrivit la présence de plasmazellen.

En Amérique, Stelwagon établit aussi l'unité de cette affection, les recherches des auteurs américains portent surtout sur la thérapeutique, Newton et Tonsey proposent d'injecter de la thiosiniamine; Allen et Davis insistent aussi après les Allemands sur les bons effets des rayons X.

Tout récemment, les Allemands ont, avec Guzman, étudié la microbiologie qui a donné des résultats négatifs. Jarish et Matzenauer considèrent cette affection comme un néoplasme de tissus fibreux de caractère chéloïdien qui se développe après une folliculite de la nuque. Kienbock, Freund, Schultz, Schmidt et Wetterer ont surtout étudié le traitement radiothérapique.

Chez nous, Leloir, Vidal et Dubreuilh ont continué à étudier l'anatomie pathologique et le traitement de cette affection. Dans son article de l'acné chéloïdienne de la *Pratique dermatologique*, Thibierge groupe les divers synonymes qui ont été donnés à l'étranger à notre appellation d'acné chéloïdienne, la seule exacte, dit-il, au point de vue clinique et histologique.

Sabouraud, dans son *Anatomie topographique des maladies de la peau*, établit le rapport qui existe entre la séborrhée du visage et celle de la nuque; de plus, il compare le sycosis de la bouche et notre acné chéloïdienne qu'il considère comme un sycosis de la nuque. Il propose

ensuite un traitement rationnel antiséborrhéique : soufre, épilation et scarifications.

Dans ces dernières années, en même temps que Darier, Gaucher, Brocq et Dubreuilh complètent la symptomatologie de l'acné chéloïdienne, d'autres, avec Lévy, dans sa thèse de Paris, 1914, continuent à rechercher la nature de la chéloïde, sans cependant obtenir de résultats bien précis.

Le plus grand nombre cependant recherche avec juste raison le moyen de guérir cette affection dont la lenteur est souvent désespérante et rebute ainsi les meilleures volontés. Nous aurons l'occasion d'examiner leurs travaux quand nous passerons en revue tous les moyens qui ont été proposés avec plus ou moins d'efficacité comme traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'acné chéloïdienne de la nuque est bien définie par son début acnéique, une certaine ressemblance d'aspect avec les chéloïdes ordinaires et sa localisation prédominante à la nuque. Ce dernier caractère n'est pas toujours exact, puisque divers auteurs : Belot, Deneriaz, Leredde et Pautrier, ont pu signaler plusieurs cas d'acné chéloïdienne du thorax. Cependant, ces faits sont très rares, et comme il ne nous a pas été donné d'en observer un seul, nous bornerons notre étude à l'acné chéloïdienne de la nuque.

C'est une affection assez rare, et nous devons à la guerre, qui a réuni des hommes appartenant à des régions bien différentes, d'avoir pu, depuis sept mois seulement que nous sommes dans le service des maladies syphilitiques et cutanées, réunir 5 cas d'acné chéloïdienne de la nuque qui sont typiques.

Cette affection se rencontre rarement chez la femme, et il est intéressant de constater que les seuls cas qui ont été signalés chez elle siégeaient généralement au niveau de la région présternale. C'est surtout chez l'homme qu'on peut la rencontrer, et nos cinq observations appartiennent toutes au milieu militaire. La disposition des cheveux de la nuque est différente chez l'homme et chez la femme ;

tombants chez celui-là, les derniers cheveux sont agréablement relevés chez celle-ci, en même temps qu'ils sont plus clairsemés.

De plus, on doit accorder une grande place au frottement incessant produit par le vêtement masculin au niveau de la nuque. Chez tous nos malades, ceux-ci ont naturellement rattaché à l'usage du faux-col et actuellement de la cravate militaire, l'aggravement de leur mal, au début assez bénin. Pendant notre service dans la marine, nous avons examiné, pour des raisons différentes, plus de 15.000 matelots, et jamais nous n'avons pu trouver un seul cas d'acné chéloïdienne, ni même le plus petit furoncle de la nuque. Ceci est dû, certainement, à la disposition spéciale du costume du marin, qui dégage complètement le cou.

C'est vers l'âge de vingt-cinq à quarante ans que l'on rencontre le plus fréquemment l'acné chéloïdienne.

L'influence des cheveux est bien mise en évidence par la différence de gravité des lésions entre celles qui se trouvent à la partie supérieure de la nuque où l'on trouve encore des poils, et celles siégeant au niveau de la partie inférieure, qui est à peu près complètement glabre. Dans cette dernière partie, les lésions sont plus bénignes, et nous verrons que c'est par là que se fait la guérison.

Certains auteurs ont signalé l'importance qu'avait la teinte des cheveux, les blonds étant plus facilement atteints que les bruns, nous avons, cependant, pu observer exactement le contraire. Sur 5 cas, quatre malades étaient bruns et le dernier était à peine châtain clair, ce qui tendrait à prouver le peu d'influence de la couleur des cheveux. De plus, nos sujets étaient tous bien constitués, de complexion forte, et ne présentaient aucune autre affection, sauf un, accusant une légère dyspepsie.

Pathogénie. — Bien qu'il ne soit pas du tout prouvé que les chéloïdes cicatricielles ou les acnés sur chéloïdes du tronc soient identiques comme processus aux acnés chéloïdiennes de la nuque, nous devons d'abord considérer la pathogénie des chéloïdes ordinaires

Les anciens auteurs, Alibert, Lebert et Velpeau, comparaient les chéloïdes à un processus cancéreux, se basant surtout sur la fréquence des récives après ablation chirurgicale, même celle-ci étant faite aussi largement que possible, l'incision portant toujours en plein tissu sain. Ce caractère de récive est, en effet, une particularité des tumeurs cancéreuses.

Pour Bazin, elles tenaient à une diathèse fibroplastique se rapprochant de la sclérodermie, mais cet auteur signale déjà une cause qui a été souvent mise en avant depuis, c'est la tuberculose.

Avec les grandes découvertes de la bactériologie moderne, il est tout naturel que les auteurs aient cherché à la chéloïde une cause infectieuse, et dans leurs recherches ils ont essayé de découvrir le microbe pathogène, sans cependant y réussir.

L'école italienne, représentée par Secchi, Mantegazza, Taliani et Marcassi, admit et rejeta tour à tour des blastomycètes, des microcoques qu'elle n'arriva jamais à pouvoir cultiver.

En France, en se basant sur la dissémination des chéloïdes par les scarifications, sur le fait que, dans une suture de la peau, seuls certains points se chéloïdisent; Leloir, Gaucher, Sergent et Darier pensèrent, eux aussi, à la nature infectieuse de la chéloïde, sans cependant arriver à préciser la nature de cet agent infectieux.

Le microbe qu'on a incriminé le plus souvent est le bacille de Koch, qui est très répandu dans la nature et

souvent à un état ignoré. Tilbury Fox, Coley J. Nevins-Hyde, Darier sont portés à croire que cette affection est tuberculeuse ; cependant, si cette explication peut être considérée comme juste pour les chéloïdes spontanées, il est difficile d'admettre que les chéloïdes cicatricielles survenues, par exemple, à la suite d'une blessure de guerre, comme c'est le cas pour un de nos malades qui, en plus de son acné chéloïdienne, présente des cicatrices chéloïdiennes sur le bras et l'épaule gauches, puissent être, elles aussi, de nature tuberculeuse. Il faudrait déterminer, en effet, comment l'infection a pu être apportée là et comment elle a pu s'y développer.

Dans sa thèse de 1914, Lévy a étudié la question de la nature tuberculeuse des chéloïdes et il est arrivé, après un certain nombre d'expériences faites sur des cobayes, à conclure d'abord que la nature tuberculeuse de la chéloïde était loin d'être prouvée ; il a été aussi amené à dire qu'il ne faut pas conclure à la tuberculose du fait de la constatation de lésions sur les cobayes infectés, mais qu'il faudrait prouver d'une façon un peu plus précise que ces lésions sont réellement tuberculeuses, ce qui n'est pas toujours facile à démontrer.

D'autres ont attribué à la syphilis un rôle prépondérant ; cependant, Le Franc, dans sa thèse de Paris, 1894 : « Syphilis à cicatrisation chéloïdienne », a pu conclure que la chéloïde n'était pas de nature syphilitique ; qu'elle pouvait, toutefois, se rencontrer chez des sujets atteints de cette maladie, et que, d'ailleurs, le traitement anti-syphilitique n'avait que très peu d'action sur la lésion elle-même.

Les diverses causes attribuées aux chéloïdes ordinaires ont été aussi mises en avant pour les acnés chéloïdiennes. Les Italiens ont décrit des blastomycètes et

des microcoques, les Allemands ont parlé de corpuscules de Russel. théorie reconnue fausse, puisque ces corpuscules ont été trouvés dans d'autres dermatoses, et, par suite, ne peuvent être considérés comme l'agent spécifique de l'acné chéloïdienne.

Les auteurs français ont trouvé des cellules géantes, preuves de la nature tuberculeuse ; cependant, Pautrier a aussi rencontré, dans des acnés papuleuses indurées, la présence de follicules tuberculeux et de cellules géantes. Ces dernières apparaissent comme l'aboutissant de certaines inflammations à marche chronique, et leur seule présence ne peut suffire à faire ranger les lésions où on les rencontre dans le groupe des tuberculoses. La recherche des bacilles a toujours été négative.

En ne considérant que les malades que nous avons pu observer, nous n'avons jamais trouvé dans leurs antécédents ou sur eux-mêmes l'existence d'une tuberculose ou d'une syphilis.

Il faut donc admettre finalement que la structure un peu spéciale de la peau de la nuque, la présence de nombreux follicules pileux et les frottements incessants des vêtements, peuvent expliquer la nature propre de cette acné de la nuque, qui l'a fait appeler par les auteurs acné chéloïdienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne décrivons pas, ici, les lésions du début de l'acné chéloïdienne qui consistent en de simples formations de l'acné ordinaire. Nous nous bornerons à décrire succinctement ce qui constitue réellement une acné chéloïdienne à ses deux derniers stades, où, d'ailleurs, on la rencontre le plus fréquemment.

Passons d'abord en revue les travaux des divers auteurs, Leloir et Vidal décrivent l'acné chéloïdienne comme une périfolliculite sébacéo-pilaire à tendance chéloïdienne, le tissu qui environne les follicules tendant à la formation d'un tissu scléreux, au lieu d'aboutir à la suppuration comme dans les folliculites ordinaires.

En 1899, le professeur Dubreuilh, de Bordeaux, a, lui, mis en relief les cellules géantes. Les lésions débuteraient d'abord par la glande sébacée dont les cellules revêtent l'aspect de cellules géantes, et secondairement les lésions s'étendraient peu à peu et aboutiraient à la formation d'un abcès folliculaire.

Il s'agit donc primitivement d'une acné et non d'une folliculite, puisque les premières lésions apparaissent dans la glande sébacée qui est totalement détruite avant que le follicule soit atteint.

Cette périfolliculite détermine secondairement la supuration du follicule d'une part, et, d'autre part, la production d'une chéloïde.

De plus, le professeur Dubreuilh admet qu'acné chéloïdienne et chéloïde ont, toutes les deux, la même structure et que, seule, leur évolution les différencie : la chéloïde vraie étant une tumeur proliférante, l'acné chéloïdienne, au contraire, suivant toujours l'acné.

Pour Mibelli, les lésions commenceraient par les petits abcès folliculaires et la présence de cellules géantes dans la glande sébacée prouverait, au contraire, que cette lésion est secondaire à la précédente. En même temps, autour des vaisseaux du derme, il se produirait une prolifération cellulaire aboutissant à la formation de noyaux chéloïdiens, cela sous l'influence d'un agent pathogène qu'il resterait à déterminer et avec l'aide des lésions dues au frottement des vêtements.

D'autres auteurs, Ledermann et Ullmann ont, de plus, décrit la présence de cellules éosinophiles et de formations encore peu connues qu'ils ont appelées corpuscules de Russel.

Mantegazza a signalé la présence de plasmazellen à côté des cellules géantes. Dans sa thèse de 1903, Baillon a décrit l'acné chéloïdienne comme une inflammation nodulaire subaiguë et chronique, se rapprochant d'un certain nombre d'affections bactériennes, en particulier la tuberculose.

Gouin, dans sa thèse de Paris, 1911, sépare nettement les plaques chéloïdiennes présentant encore de petites pustulettés en activité, qu'il appelle chéloïdes habitées, des chéloïdes adultes ne présentant plus trace d'infection, celles-ci se trouvant au centre des plaques, et qu'il nomme chéloïdes inhabitées.

Après avoir étudié l'anatomie pathologique en pratiquant des biopsies sur quatre de leurs malades, Gouin et Pautrier arrivent aux conclusions suivantes.

Les points encore en activité qui présentent des pustulètes et que l'on peut considérer comme la zone d'extension des formations chéloïdiennes présentent des lésions de deux ordres : des lésions de l'appareil pilo-sébacé et des lésions du derme intermédiaire.

Sur certains points, les lésions de l'appareil pilo-sébacé présentent l'aspect de simples folliculites et périfolliculites avec tendance à la suppuration, mais on trouve, de plus, des cellules géantes. Sur d'autres points, la glande sébacée tout entière est transformée en une masse de cellules géantes qui détruisent le poil infiltré. Dans l'intervalle de ces lésions de l'appareil pilo-sébacé, le derme est sclérosé, il décrit des espèces de mailles, remplies par des foyers d'infiltration, composés presque exclusivement par des plasmazellen, mais pouvant également contenir quelques cellules géantes.

A mesure de son évolution, la chéloïde change d'aspect, on ne trouve plus d'appareil pilo-sébacé, même plus de cellules géantes et on a alors un plasmone presque pur découpé par un stroma conjonctif sclérosé.

Malgré l'opinion soutenue par le professeur Dubreuilh, Gouin admet que l'agent pathogène pénètre d'abord dans l'orifice pilo-sébacé et y détermine la formation de folliculites pures.

A ce stade apparaît quelquefois la suppuration, ensuite soit par la chronicité des lésions, soit à cause de la faible virulence de l'agent pathogène, il s'établit autour du follicule un processus d'inflammation lente qui aboutit à la formation de cellules géantes. Ce processus réagit sur la glande sébacée et y détermine alors la production de

cellules géantes. Ce qui tendrait à prouver que l'évolution se fait bien de telle façon, c'est qu'à ce dernier stade le poil est complètement détruit. A ce moment persistent seules les lésions du derme.

Ce qui tendrait à différencier la chéloïde vraie de l'acné chéloïdienne, c'est qu'au stade adulte la chéloïde vraie a la structure d'une tumeur fibreuse, constituée par du tissu conjonctif fibreux ne contenant que des cellules conjonctives fixes et aucun foyer d'infiltration. Dans l'acné chéloïdienne, au contraire, même au moment de son complet développement, on trouve toujours des plasmocytes abondants.

SYMPTOMATOLOGIE

Les différents auteurs ont décrit l'acné chéloïdienne de la nuque au moment où elle présente des formations typiques ; ce n'est qu'à ce moment que la nature particulière de cette affection a appelé leur attention. Cependant, en interrogeant les malades, en suivant de près l'évolution de leurs lésions, on peut facilement concevoir que l'acné chéloïdienne est loin de présenter d'emblée la forme sous laquelle elle nous apparaît d'ordinaire.

Au début, en effet, les malades ont présenté quelques pustules d'acné qui apparaissaient et disparaissaient tour à tour, ou quelques furoncles qui revenaient de temps en temps ; ils n'y prêtaient qu'une vague attention et ne venaient pas consulter. Ce n'est qu'avec la progression de leurs lésions, quand celles-ci devenaient douloureuses et gênaient leurs porteurs, que ceux-ci se décidaient à demander l'avis d'un médecin.

Il y a donc toute une première période qui appartient cependant à l'acné chéloïdienne de la nuque et que nous devons décrire. Un peu plus tard, nous voyons encore quelques pustules d'acné avec quelques éléments qui se chéloïdisent ; enfin, dans une période terminale, nous

n'apercevons presque plus de pustules d'acné et nous voyons seulement un tissu cicatriciel et réellement chéloïdisé.

Dans une première période, nous aurons donc soit quelques éléments furonculeux, comme c'est assez fréquent chez les malades dont nous publions plus loin l'observation, soit quelques éléments acnéiques. N'ayant pas assisté au début de leurs lésions, nous ne pouvons préciser d'une façon absolue si c'est le premier plutôt que le second de ces phénomènes qui a marqué le point de départ de l'acné chéloïdienne. Certains malades ont tendance à représenter leurs maux avec des expressions très personnelles ; de plus, une sensibilité à la douleur plus ou moins marquée pour chaque individu ne peut que nous induire en erreur. Certainement, ce que plusieurs de nos malades ont appelé furoncle n'était, sans doute, qu'une simple pustule d'acné.

Quoi qu'il en soit, ces éléments, au nombre de deux ou trois quand il s'agit de furoncles, un peu plus nombreux, si nous avons affaire à une acné, sont disséminés çà et là sur la nuque, siègent de préférence au niveau des derniers petits cheveux, disposés, en général, sur une ligne horizontale, légèrement infléchie aux deux extrémités et occupant une largeur de 2 centimètres environ.

Ces éléments présentent souvent en leur centre un poil et sont recouverts d'une croûtellé. Quand on enlève celle-ci ou qu'on exerce une légère pression autour d'elle, on fait sourdre une goutte de pus peu épais et d'une couleur jaune clair.

Tels sont les éléments que nous pourrions appeler adultes. A côté d'eux, on distingue d'autres taches d'aspect cicatriciel d'une couleur plus ou moins pâle et qui donnent, quand on passe légèrement la main dessus, la sensation

d'une petite élevation : ce sont de vieux éléments. D'un autre côté, on voit aussi, à la base d'un poil, des taches rosées plus ou moins rouges donnant l'impression d'un point d'inflammation et présentant une légère élévation : ce sont des éléments jeunes.

Nous nous trouvons donc en présence d'un processus en voie d'évolution : les éléments naissent, vivent et meurent sans disparaître complètement. Cette évolution peut durer très longtemps, un, deux, quatre ans même. Si le sujet est peu soigneux, s'il continue à porter un col raide ou une cravate qui irritent sa nuque, s'il fait des excès, ses lésions ne rétrocéderont pas et ce sera un renouvellement continu de ces divers états en même temps que des éléments nouveaux accroîtront, de plus en plus, la place restreinte qu'occupaient d'abord ces petites formations.

En général, le sujet, surtout dans les conditions où se trouvaient les malades que nous avons vus, prête peu d'attention à ces petites misères, la douleur, peu vive, est très supportable, la suppuration est très peu abondante, les lésions vont en augmentant en nombre et en gravité et atteignent alors la seconde période où nous voyons apparaître le processus chéloïdien.

Le malade, éprouvant alors une gêne douloureuse, se décide à demander un traitement plus énergique et vient à l'hôpital, mais le début remonte quelquefois à quatre ou cinq ans, et on a même cité un cas où les premières lésions étaient apparues il y a vingt ans.

A ce moment, les éléments que nous venons de décrire ne sont plus épars, mais, au contraire, il sont groupés en masses quelquefois uniques, mais le plus souvent au nombre de deux ou trois, situées de chaque côté de la nuque et séparées par un espace de 2 ou 3 centimètres.

Cet espace n'est pas constitué par de la peau saine, mais bien par quelques éléments moins avancés. Ces tumeurs occupent plutôt la partie supérieure au-dessus de la ligne que nous avons située précédemment, que la partie inférieure. Elles sont allongées dans le sens transversal, et, tandis que la partie supérieure présente des élevures nombreuses et se termine par un bord abrupt plongeant dans les cheveux, la partie inférieure, d'aspect plus lisse, va en pente douce se perdre insensiblement dans la peau saine sans qu'il soit quelquefois possible de délimiter exactement la tumeur.

En palpan la peau, on sent une induration très nette, et si on la saisit à pleine main, en même temps que le malade éprouve de la douleur, on ne peut parvenir à la plisser ; elle reste, cependant, mobile sur les plans sous-jacents.

Si nous examinons de plus près, nous apercevons des éléments de deux ordres très différents, les uns sont constitués par une petite papulo-pustule présentant souvent une espèce de petit cratère d'où s'échappe un bouquet de poils réunis par trois ou quatre et qui sont encore le siège d'infection, c'est ce que l'on appelle des chéloïdes habitées, les autres sont constitués par de petites cicatrices présentant une légère élevure, mais qui ne sont plus le siège d'aucun travail de suppuration, ce sont les chéloïdes inhabitées.

Sans préjuger de la nature des chéloïdes, nature que nous ne connaissons pas, les chéloïdes habitées sont celles qui paraissent encore vivantes et sont le siège d'une infection. Ces éléments sont d'autant plus nombreux et l'emportent d'autant plus sur les autres que la tumeur est plus récente. Leur siège de prédilection est au niveau de la région de la nuque occupée par les cheveux, on peut en

voir, cependant, quelques-uns sur le versant inférieur, mais ceci plus rarement.

L'élément essentiel est, comme nous l'avons dit, une papulo-pustule paraissant réunir trois ou quatre poils qui s'échappent en son centre sous forme d'un bouquet ou d'un pinceau. Au milieu on trouve une croûte de couleur jaune clair. On peut arracher ces poils séparément, mais il est, cependant, plus facile de les extirper en bloc avec une pince, ils paraissent alors collés entre eux par une matière de couleur jaune.

En enlevant la croûte, on peut faire sourdre du pus, mais en petite quantité. Au-dessous de cette papulo-pustule s'étend une zone circulaire d'aspect et de consistance indurée qui constitue le début d'une formation chéloïdienne.

A côté de ces chéloïdes habitées nous trouvons d'autres éléments d'autant plus nombreux que la lésion est plus avancée en âge, et qui se présentent sous la forme de cicatrices, quelquefois de couleur rosée, mais le plus souvent blanchâtre. Maintenant plus de pus, plus de poils, plus de rugosité, la papulo-pustule semble s'être tassée, effondrée, et sa surface est lisse et nacrée. La zone circulaire d'induration que nous avons signalée sur les éléments habités a pris plus de développement, sa consistance est plus dure et ces diverses zones semblent se réunir entre elles. Ces nodosités se rencontrent surtout dans la partie inférieure, la partie supérieure de la tumeur restant, de préférence, le siège des éléments en activité.

Nous arrivons maintenant, à la dernière période : nous avons vu d'abord les éléments de plus en plus nombreux et disséminés se réunir peu à peu pour ne plus former que deux ou trois tumeurs situées latéralement de part et d'autre de la colonne cervicale. A leur tour, ces tumeurs

vont fusionner, toujours en s'étendant transversalement, pour ne plus former qu'un seul bloc qui présente, cependant, quelquefois une légère dépression au centre de la nuque, les éléments infectés vont disparaître peu à peu, les zones d'induration les ont supplantés presque complètement, et nous n'avons alors qu'une masse blanchâtre d'aspect cicatriciel et complètement chéloïdisé.

Cependant, pour être précis, nous devons dire que ce stade terminal ne s'aperçoit que rarement, et il ne nous a pas été donné de le voir aussi net. En effet, les malades ont reçu leur traitement à la deuxième période le plus souvent, et, chez ceux d'entre eux que nous avons pu voir au stade le plus avancé, nous avons toujours trouvé des points infectés qui tendent à gagner constamment la région supérieure.

Il est d'ailleurs, fort possible qu'étant donnée l'extrême lenteur de l'évolution, nous ne puissions voir cette troisième période entièrement réalisée que si les malades restaient plusieurs années sans se traiter, tout en consultant un médecin qui pourrait constater leurs lésions.

Evolution. — Nous avons vu que l'acné chéloïdienne évoluait en trois stades successifs. De plus, c'est toujours aux dépens de la partie supérieure que se fait l'accroissement de la tumeur, tandis que la guérison se fait, au contraire, dans la partie inférieure ; c'est par des folliculites gagnant toujours vers le haut, auxquelles succède une formation chéloïdienne, que la surface de la tumeur s'accroît de plus en plus. Telle est la marche d'une acné chéloïdienne considérée séparément ; cependant, elle est soumise à des actions externes et internes qui peuvent modifier son allure et sa durée. Parmi les causes extérieures, la malpropreté, le port de vêtements sales sans

interposition d'un pansement qui empêche les poussières de pénétrer aggravent la maladie. De même, comme agents internes, on peut signaler les excès de boisson ou de nourriture amenant un mauvais état de l'appareil digestif, l'absorption d'aliments contre-indiqués à toute affection de nature séborrhéique, une mauvaise hygiène générale peuvent favoriser les progrès de la tumeur. Celle-ci n'a aucune tendance à l'arrêt spontané, et, tant que nous trouverons des éléments acnéiques, nous pourrions dire que la guérison est encore bien éloignée.

A côté de ces symptômes locaux très caractérisés, nous ne trouvons pas, comme cela arrive souvent pour d'autres affections, un mauvais état général. Ici, au contraire, la santé est excellente ; de plus, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les sujets atteints d'acné chéloïdienne sont d'une constitution forte et ne présentent pas de trouble du côté des autres appareils.

La douleur est très supportable et les malades n'éprouvent que rarement des élancements. Le seul symptôme subjectif réellement appréciable est la sensation de dureté qui gêne les mouvements et donne au malade l'attitude de la tête penchée en avant, pour éviter tout frottement au niveau de la nuque qui serait douloureux.

Dans les antécédents de nos malades, nous avons rencontré, presque toujours, des poussées de séborrhéides ou d'acné et, chez un, nous avons constaté la présence de cicatrices chéloïdiennes. Jamais nous n'avons trouvé, dans les antécédents, ni syphilis ni tuberculose.

Pronostic. — Bien que certains auteurs aient signalé des régressions spontanées, nous ne pensons pas que ces faits soient fréquents ; il nous a paru, au contraire, que

l'acné chéloïdienne avait toujours tendance à s'accroître, grâce à la présence de points de folliculites.

Cependant, les chéloïdes, une fois bien développées et le malade observant une hygiène et une propreté rigoureuses, les lésions pourraient peut-être rester stationnaires.

Nous pouvons conclure que, normalement, l'acné chéloïdienne s'accroît d'une façon lente mais continue, et cela toujours aux dépens de la partie supérieure de la tumeur.

DIAGNOSTIC

Dans tous les cas qu'il nous a été donné d'observer, le diagnostic a toujours été posé sûrement et il n'est guère possible de commettre une erreur quand on se trouve en présence de tous les symptômes que nous venons d'énumérer.

Toutefois, dans certaines circonstances, soit que l'on examine le sujet à la période de formation des tumeurs, soit que la lésion soit incomplète naturellement ou par suite de l'action d'un traitement antérieurement appliqué, on peut éprouver des difficultés. Nous passerons donc en revue les diverses affections avec lesquelles on peut confondre l'acné chéloïdienne en indiquant pour chacune les caractères différentiels.

Molluscum fibrosum circumscribit. — C'est une affection rare, sorte de nævus, qui peut siéger à la nuque. Elle a la forme d'une tumeur assez volumineuse et pédiculée. Le pédicule qu'elle présente et sa surface violacée, sillonnée de vaisseaux dilatés, suffiront à faire le diagnostic.

Sycosis parasitaires et non parasitaires. — Ce sont des affections ressemblant assez bien à l'acné chéloïdienne,

puisque celle-ci a été décrite plusieurs fois sous le nom de sycosis de la nuque.

Le sycosis parasitaire ou kérion de Celse siège quelquefois à la nuque, il est rond, surélevé, à bourrelet très bien marqué et de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Sa surface est criblée de pustules d'où s'échappe un liquide jaunâtre. Les cheveux sont collés entre eux par ce liquide et une zone inflammatoire entoure ce kérion. Il peut affecter la forme du sycosis tuberculeux ou du sycosis phlegmoneux de Brocq. Le diagnostic est surtout à faire avec l'acné à la période préchéloïdienne; cependant, ici, l'infection est moins grande, les éléments pustuleux moins nombreux et moins confluents, la suppuration est moins importante et la limite de la lésion est moins sensible. En recueillant le pus du sycosis et en le cultivant sur milieu de Sabouraud, on pourrait identifier le trichophyton.

Le sycosis non parasitaire a été décrit par Brocq en 1888; il tend à se généraliser et c'est toujours par la périphérie que se fait la progression des lésions, la guérison se faisant au centre. Le début commence par des pustules se recouvrant de croûtes jaunâtres, et comme ce sycosis peut quelquefois subir la transformation chéloïdienne, le diagnostic peut être assez difficile.

Cependant, l'évolution de la lésion, sa marche centrifuge et une suppuration plus abondante permettent de porter un diagnostic. De plus, les sièges de prédilection de ce sycosis lupoïde sont les joues, la barbe et le menton, de préférence à la nuque.

Tuberculose. — C'est rarement que des gommes tuberculeuses à cicatrisation chéloïdienne siègent à la nuque; dans ce cas, elles constituent alors une chéloïde secon-

daire différente de l'acné chéloïdienne dans la forme et dans l'évolution. De même, le lupus scléreux de Vidal est assez facile à distinguer grâce à sa marche centrifuge et les sillons suintants, c'est d'ailleurs une affection rare à la nuque.

Syphilis. — Cette maladie, qui revêt des formes si variées, a pu souvent être confondue avec l'acné chéloïdienne au stade préchéloïdien.

Bazin signalait déjà, en 1862, la difficulté qu'on avait à distinguer de l'acné chéloïdienne l'acné syphilitique. Il est tout aussi difficile de poser un diagnostic exact de syphilides papulo-tuberculeuses de la nuque et de syphilides frambœsiforme. Localement, on ne trouve pas ici des bouquets de poils, et la tumeur ne présente pas aussi nettement une partie inférieure lisse et une supérieure infectée, et il n'y a pas d'induration.

De plus, les commémoratifs, les cicatrices anciennes et le séro-diagnostic de Wassermann permettraient de lever les difficultés.

Lèpre. — Quelquefois, les tubercules lépreux qui siègent, d'ailleurs, assez rarement à la nuque, ont pu être confondus avec l'acné chéloïdienne, mais on fera facilement le diagnostic en recherchant les autres lépromes siégeant sur les différentes parties du corps. L'examen bactériologique du mucus nasal décèlera le bacille de Hansen.

Mycosis fungoïde. — C'est une tumeur siégeant rarement à la nuque et qui n'a pas cette induration typique de l'acné chéloïdienne. On peut aussi signaler le diagnostic assez facile à faire avec les plaques de sclérodermie.

Chéloïdes ordinaires. — Elles pourraient siéger à la nuque, mais, ici, on ne retrouvera aucun des symptômes de l'acné.

En résumé, pour poser le diagnostic d'acné chéloïdienne de la nuque, on se basera sur la dureté, l'évolution de la tumeur, la différence d'aspect qui existe entre la partie supérieure infectée et rugueuse au toucher et la partie inférieure, d'aspect nacré et lisse, sur l'absence de douleur locale appréciable et sur la bonne conservation de l'état général.

TRAITEMENT

Comme pour toutes les affections rebelles et dont la nature est peu connue, on a proposé, pour l'acné chéloïdienne, un grand nombre de traitements.

Nous allons examiner rapidement ceux qu'ont appliqué les divers auteurs, avec des résultats plus ou moins favorables.

Si nous essayons de classer ces divers traitements, on peut en distinguer de trois sortes bien distinctes : *a*) traitement médical ; *b*) traitement chirurgical ; *c*) traitement par l'électricité et le radium. Le procédé que nous étudierons tout spécialement rentre dans la catégorie des traitements médicaux.

TRAITEMENT MÉDICAL

On peut ranger sous cette dénomination des prescriptions d'ordres un peu différents. D'abord, des mesures d'hygiène générale et de régime alimentaire ; en second lieu, l'ingestion de médicaments par la voie interne ; enfin, l'application de différents topiques. Nous examinerons,

dans un chapitre spécial, cette dernière espèce, puisque c'est là que nous devons placer le chlorure de méthyle.

Prescriptions d'hygiène générale et de régime alimentaire. — Éviter, tout d'abord, le frottement des vêtements en interposant entre eux et la nuque un pansement protecteur, généralement humide.

Proscrire toute ingestion de médicaments tels que les iodures et les bromures, qui suffisent, à eux seuls, à provoquer des éruptions iodiques ou bromiques.

Éviter, dans l'alimentation du malade, les aliments excitants, les viandes en trop grande quantité, le beurre, les fromages fermentés et l'abus de l'alcool. Inviter les malades à être plutôt sobres, à manger lentement et à bien mâcher, amener l'évacuation régulière de l'intestin, tout cela pour éviter une affection des voies digestives qui retentirait fâcheusement sur leur acné.

Donc, soustraire localement les lésions à tout frottement et à toute infection secondaire, et assurer le bon fonctionnement général de l'organisme.

Traitement interne. — Il n'existe, à proprement parler, aucun véritable spécifique contre l'acné chéloïdienne, mais on a utilisé certains médicaments qui, dans certains cas, paraissent avoir donné de bons résultats. Énumérons-les rapidement :

Unna préconise l'ichtyol à la dose de 25 centigrammes par jour, l'arsenic à la dose de 5 à 15 milligrammes ; dans ce cas, il faut toujours surveiller le malade de très près pour prévenir les pigmentations cutanées.

L'ergotine seule ou combinée à la digitale, quinine, belladone, hamamelis est aussi employée. De même le soufre soit sous forme de pastilles, mélangé avec du miel,

soit sous forme de sulfure de lithium ou de calcium.

Enfin, Brocq a conseillé la levure de bière fraîche.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

On peut citer, d'abord, les scarifications. Préconisées pour la première fois par Vidal, en 1881, et cela d'une manière empirique, les scarifications doivent être faites linéaires et suivies de l'application d'un pansément avec de l'ouate imbibée d'un antiseptique faible, l'eau boriquée par exemple. Le lendemain, on applique de l'emplâtre de Vigo, qu'on renouvelle matin et soir. Cette méthode est douloureuse et très longue, mais elle donne quelquefois de bons résultats.

Viennent ensuite les galvano-cautérisations. Elles sont simplement employées comme adjuvant pour ouvrir les pustules, sur lesquelles on appliquera ensuite des pommades, des pâtes ou des lotions.

Enfin, on a beaucoup vanté, à un moment donné, un moyen qui apparaît à juste titre comme le plus rationnel, c'est l'ablation de la tumeur.

Cependant, Alibert remarquait déjà qu'elle était suivie très souvent de récidence, et nous avons vu que c'est ce caractère qui avait fait considérer par cet auteur la chéloïde comme une tumeur cancéreuse. Cette méthode a, dans certains cas, donné d'excellents résultats, notamment chez une jeune fille qui présentait une belle chéloïde de la région sternale, à qui M. le professeur Forgeu fit l'extirpation large et qui fut suivie d'une guérison complète.

Toutefois dans l'acné chéloïdienne, même en pratiquant l'incision dans les tissus sains, on n'a obtenu jusqu'ici que

des résultats décevants, la récédive étant presque toujours la règle.

ELECTRICITÉ

Celle-ci a été tour à tour utilisée sous toutes ses formes.

Electricité statique. — C'est le docteur Marat, le conventionnel, dans son mémoire sur l'électricité médicale, en 1764, alors qu'il était l'électrothérapeute du comte d'Artois, qui proposa d'utiliser l'électricité statique pour le traitement des tumeurs. Mais ce n'est guère qu'en 1897 que le professeur Derville utilisa la production des étincelles électriques pour lutter contre les chéloïdes. Nous n'avons pu trouver trace de son application à l'acné chéloïdienne elle-même.

Courants continus, ionisation. — Leduc, de Nantes, a utilisé ce procédé avec un certain succès dans les chéloïdes ordinaires, mais n'a jamais eu l'occasion de l'appliquer à l'acné chéloïdienne.

Electrolyse. — Hardaway, de Saint-Louis (État-Unis), découvrit empiriquement cette méthode en épilant une dame dont la peau présentait des chéloïdes.

Brocq, en France, a vulgarisé l'électrolyse en se servant d'une pile Chardin au bichlorure de Hg à 24 éléments. Il utilise des courants de 4 à 5 milliampères. Cette méthode ne donne pas toujours des résultats très satisfaisants et on peut la ranger comme adjuvant au même rang que les scarifications linéaires.

Haute fréquence. — Berthon et Bissérié ont constaté que de tels courants peuvent améliorer les chéloïdes. Chabry a pu signaler des résultats heureux à la suite de l'emploi de tels courants dans des chéloïdes de la joue, mais il faudrait une cinquantaine de séances et le traitement durerait un an environ.

Photothérapie. — Elle a été essayée avec succès dans l'acné polymorphe ; on n'a qu'une seule observation d'acné chéloïdienne. On agit là, comme dans le lupus vulgaire, par la méthode de Finsen, suivant les indications de Leredde et Pautrier, mais, dans le seul cas signalé par Douglas Heath et traité par Broocke, on ne nous a pas fait connaître le résultat.

RADIOTHÉRAPIE

La première observation est due à Herschell Harris ; depuis, de nombreux auteurs, Barney, Fordyce, Fox, Varney, Williams, Taylor, L'Heeve, Bissérié, Belot, Laquerrière, Allen, ont utilisé et perfectionné cette méthode.

En France, Fleig, en 1906, Belot et Huret, en 1908, ont chacun traité de leur côté des acnés chéloïdiennes par la radiothérapie et ont obtenu de bons résultats.

Le docteur Wetterer s'est aussi occupé de ce traitement et, dans une observation, il a pu, étant donné que le sujet était porteur de deux tumeurs siégeant de chaque côté de la nuque, les traiter séparément, l'une par les rayons X et l'autre par le radium. En comparant ainsi les deux traitements, il a pu conclure que les rayons X sont

plus efficaces et en même temps agissent plus rapidement que le radium.

Le docteur Gastou, dans son rapport au congrès de physiothérapie, précise la technique et divise son traitement en deux séries : une se rapportant à l'acné chéloïdienne en foyers, l'autre à l'acné chéloïdienne en tumeurs. Il conseille des doses fortes dans les deux cas, 5 H à 8 H répétées tous les dix ou quinze jours, et dit que l'on doit aller jusqu'à la production d'une radiodermite. La radiothérapie est employée dans les services de l'hôpital Saint-Louis, et Brocq et Gaucher la préconisent.

On doit d'abord vider le pus des pustules avec le galvanocautère ; on applique alors des pansements à l'eau d'Alibour faible. On procède ensuite à une épilation soignée. Tous ces soins préliminaires ont pour but d'exposer directement les lésions à l'action des rayons X, sans interposition de croûtelles ou de poils. On se sert ensuite de la crédence de Gaiffe. On peut soumettre le malade à l'action des rayons X, sans modifier, au préalable, la tumeur, celle-ci étant seulement appropriée par des soins d'hygiène.

Dans les cas plus rebelles, on peut traiter chirurgicalement la tumeur par l'extirpation et la soumettre ensuite aux rayons X.

L'acné chéloïdienne est d'autant plus rebelle au traitement qu'elle est plus ancienne. On compte pour une affection datant de trois ou quatre ans une douzaine de séances, espacées chacune de quinze jours environ, ce qui exige une durée totale de six à sept mois.

On n'a pu jusqu'à aujourd'hui connaître l'action exacte des rayons X, et l'on admet, comme l'a dit Sabouraud, qu'ils ont une action épilante, ils sidèrent la papille et, en amenant l'atrophie du follicule, ils déterminent la

fonte du tissu chéloïdien. La peau de la nuque se plisse légèrement, elle devient glabre et recouvre sa teinte rosée.

Dans les cas où l'on procède à l'extirpation de la tumeur avant d'appliquer les rayons X, les résultats sont plus satisfaisants et paraissent un peu plus rapidement obtenus.

Gouin, dans sa thèse, décrit 11 observations d'acné chéloïdienne qu'il a pu observer pendant trois ans dans le service du docteur Brocq, à Saint Louis, toutes ont été traitées par les rayons X sous la direction du docteur Belot, une seule après incision de la tumeur. Les résultats ont toujours été satisfaisants, mais la guérison complète demande près d'une année.

RADIUMTHÉRAPIE

Préconisée en France par Wickam, Degrais et Octave Claude, Belot, Marsatti et Wetterer l'ont surtout appliquée à l'acné chéloïdienne de la nuque.

On peut appliquer l'appareil à nu sur la chéloïde ou utiliser des filtres de plomb, en ne le laissant en place que pendant un temps assez court, de façon à ne pas produire de l'irritation.

Le meilleur procédé consiste à employer un appareil à vernis contenant du radium d'activité 500.000 avec filtre de 1/10 à 3/10 de millimètre de plomb. On le laisse en contact deux nuits pour une première série.

On fait une nouvelle série deux mois après, puis on continue jusqu'à la disparition de la tumeur qui demande de dix mois à un an. On obtient ainsi des résultats défi-

nitifs, les tissus chéloïdiens résistent bien à l'inflammation, et, d'ailleurs, celle-ci se réparerait très vite et n'exercerait aucune action excitante tendant à déterminer des récidives.

N'ayant aucune expérience personnelle de ces deux derniers traitements, nous ne pouvons accorder la préférence à la radiothérapie ou à la radiumthérapie, mais, cette dernière, tout en ayant une efficacité plus grande que la première, a cependant le fâcheux avantage de coûter fort cher et de demander un temps plus long pour obtenir une guérison définitive.

TRAITEMENT PAR ACTION LOCALE

Nous avons laissé de côté sous les traitements qui ont été employés par leur action directe au niveau de la nuque. C'est, en effet, dans cette catégorie que nous devons placé le chlorure de méthyle. On a, tour à tour, utilisé les lotions chaudes et alcoolisées, les pulvérisations avec l'eau de Saint-Christan.

Brocq a préconisé l'emploi des sels de mercure. On utilise soit le bichlorure de mercure, soit le nitrate acide de mercure, soit l'emplâtre de Vigo (Sabouraud).

On a pu ainsi appliquer utilement des compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le soufre, dont l'emploi donne de si bons résultats dans les séborrhéides, a été cause de la nature séborrhéique qu'on a longtemps accordée à l'acné chéloïdienne ; aussi employé soit à l'état de polysulfure de potassium, soit mélangé à de l'alcool camphré et à l'eau de rose glycérianée comme pour l'acné rosacée de la face. On a pu l'associer aussi au naphthol B.

Le savon noir en pommade et l'ichtyol à 10 pour 100 ont, dans certains cas, donné quelques résultats.

On a pu employer aussi d'autres topiques comme la

résorcine, le nitrate d'argent, l'acide salicylique et l'acide chrysophanique.

D'autres ont injecté des substances modificatrices : Newton et Toncey se servant de la thiosiniamine ; Marie, Balzer et Mousseaux, l'huile créosotée.

Aujourd'hui, on emploie surtout comme adjuvant la fibrolysine de Merk.

Telles sont les principales substances qui ont donné, quelquefois, des résultats, puis sont tombés dans l'oubli. Elles ne peuvent guère être utilisées que comme adjuvantes d'un traitement plus énergique et demandent, pour agir, un temps beaucoup plus long.

ACTION PAR LE FROID

On a pensé, depuis longtemps, à modifier l'état de la peau par le froid que produisent certaines substances quand elles sont mises au contact de celles-ci.

On a d'abord utilisé des mélanges réfrigérants tels le mélange de glace pulvérisée et de sel marin à parties égales, qui donne un abaissement de température de 8 degrés à 10 degrés. Si on y ajoute le cinquième de son poids de chlorure d'ammoniaque, la température tombe à 16 degrés.

Howard a préconisé l'emploi d'alcool et de glycérine qui donne une température de 3 degrés à 10 degrés et détermine l'analgésie sans provoquer de douleur comparable à celle occasionnée par les mélanges précédents.

Marc Létang injecte dans les tissus un mélange refroidi à 10 degrés ou 15 degrés d'une partie d'éther, trois parties

d'alcool, deux parties de glycérine et quatre parties d'eau phéniquée à 1 pour 100. On obtient une analgésie profonde, mais qui n'est pas exempte d'inconvénients.

Ces divers mélanges amènent, par le froid qu'ils produisent, une diminution considérable de la conductibilité nerveuse.

D'après Weir Mitchell et Rosenthal, à la suite de la réfrigération du tissu nerveux, on observe d'abord une sensation douloureuse assez vive, puis cette douleur cesse et fait place à un engourdissement de toute la zone innervée, si la réfrigération est encore prolongée, la motilité disparaît. Le froid, par l'action trophique qu'il exerce, a aussi une action sur la structure de la peau puisque, à un certain degré, il amène la production d'une brûlure.

On pourrait donc songer à utiliser les divers mélanges que nous avons énumérés. Ils produiraient, certainement, une action modificatrice sur l'acné chéloïdienne, mais ils sont peu maniables, et comme les mélanges doivent être faits extemporanément, ils ne peuvent entrer dans la pratique courante, pas même dans celle des hôpitaux.

On devait donc s'adresser à d'autres corps en pulvérisant, par exemple, des liquides volatils. Il faut, pour cela, utiliser des liquides entrant en ébullition à une température assez basse et possédant une faible chaleur spécifique.

En passant à l'état de gaz, ils absorbent un certain nombre de calories, et ces calories, empruntées à la chaleur propre de la peau, amènent, par suite, un abaissement considérable de la température de celle-ci.

Le premier liquide employé a été l'éther; on immergeait d'abord la partie dolente dans le liquide réfrigérant ou bien on versait l'éther sur la région à opérer; toutefois, pour obtenir un abaissement de température suffi-

sant, il fallait en employer une grande quantité. Richet, le premier, employa un insufflateur spécial, puis, en 1865, Richardson fit connaître son appareil.

L'éther est aujourd'hui peu employé, il est inflammable et produit un abaissement de température trop peu important. Cependant, Besnier, dans sa pratique dermatologique, emploie l'éther pour insensibiliser l'acné chéloïdienne, qu'il enlève ensuite à la curette.

ACIDE CARBONIQUE

Après Gerhardt et Hausen qui, en 1885 et 1889, ont employé la glace contre le lupus vulgaire, Pusey, en 1905, utilise le premier l'acide carbonique. Pautrier et Gouin signalent, en 1911, ses bons effets, et Delbet et Jacob le préconisent au congrès du froid de 1913.

L'acide carbonique bout à -79° . Projeté sur la peau, il provoquerait donc un abaissement de température très considérable. De plus, les cylindres utilisés dans le commerce sont peu maniables, et le jet qu'ils produisent est trop écarté. Ils pourraient provoquer des brûlures trop étendues.

On a donc essayé de parer à cette difficulté et on a pu confectionner des crayons de neige carbonique qui sont d'un emploi beaucoup plus facile et permettent de mieux localiser les applications sans amener de dégâts généraux.

L'action anesthésique de ce gaz avait d'ailleurs été utilisé pour combattre les vomissements, mais son emploi a surtout été préconisé par Sabouraud pour le traitement de l'acné chéloïdienne.

Meurice, dans sa thèse de Lille, 1913 : « Contribution à l'étude de l'emploi de la neige carbonique en thérapeutique dermatologique », signale son action sur les lupus, certains sycosis, les tatouages. Il a, dit-il, obtenu des résultats satisfaisants dans le traitement des chéloïdes. Il relate un cas où les nodules papillomateux chéloïdiens étaient très développés et formaient, en réalité, la plus grande partie du bourrelet transversal épais et large qui s'étendait à la partie supérieure de la nuque. Le traitement a consisté en applications du crayon avec forte pression et longuement. La réaction a été vive et momentanément gênante, sans infection secondaire d'ailleurs. Le malade guérit, mais nous devons faire remarquer qu'on avait appliqué aussi des rayons X.

Della Faverra en avait traité trois cas et Dittrich deux cas avec succès.

L'acide carbonique produit donc de bons effets, inférieurs cependant à ceux qu'il donne sur le lupus érythémateux. Mais comme il agit en produisant une escarre, il a le grave inconvénient de causer quelquefois des nécroses assez étendues de la peau.

DÉRIVÉS CHLORÉS DES CARBURES D'HYDROGÈNE :

ÉTHANE ET MÉTHANE

De nos jours, on s'adresse, surtout pour produire le froid, aux dérivés chlorés des carbures d'hydrogène, l'éthane et le méthane.

Chlorure d'éthyle. — L'éthane C^2H^6 peut donner des dérivés chlorés par substitution d'atomes de chlore aux atomes d'hydrogène. Des six dérivés chlorés que l'on peut

obtenir, nous n'en citerons que deux qui, seuls, sont entrés dans le domaine thérapeutique :

Le chlorure d'éthyle, C^2H^5Cl , et le dichloréthane, $C^2H^4Cl^2$.

Le dichlorétane est un liquide volatil bouillant à 58° qui possède des propriétés anesthésiques presque égales à celles du chloroforme. Il est moins toxique que ce dernier. Sa préparation difficile ne permet pas de vulgariser son usage ; appliqué sur la peau, il ne produit qu'une réfrigération rapide et très légère qui ne nous autorise pas à l'employer dans le but que nous poursuivons.

Le chlorure d'éthyle a été utilisé pour la première fois par Ulmann qui, en 1896, traita ainsi les angiomes et obtint certains résultats.

Il amène une réfrigération sensible, même assez rapide, mais l'abaissement de température n'est pas suffisant, puisque son point d'ébullition est à peine à -11° .

Nous avons eu l'occasion de l'employer pendant plusieurs séances où le chlorure de méthyle nous faisait défaut. Malgré une longue pulvérisation, nous n'avons obtenu aucun résultat, c'est à peine si, au niveau des pustules acnéiques, la peau arrivait à se recouvrir d'une fine neige imperceptible.

De même que le chlore donne des dérivés, le brome peut en donner ; deux seuls sont connus en matière médicale : le bromoforme, $CHBr^3$, et le bromure d'éthyle C^2H^5Br . Ce dernier, qui bout à $38^\circ 5$, a pu quelquefois être employé comme réfrigérant local de préférence à l'éther ; son action est plus intense et ses vapeurs ne sont point inflammables, ce qui permet de se servir du thermocautère. Mais son action réfrigérante est trop peu intense, ce qui l'a fait abandonner.

En somme, nous voyons que l'éthane ne peut donner

que des corps dont le point d'ébullition n'est pas assez bas, et, par suite, nous ne pouvons les utiliser avec fruit contre l'acné chéloïdienne, fait d'autant plus regrettable qu'ils sont, en général, d'un maniement facile.

CHLORURE DE MÉTHYLE

Le méthane CH_4 , étant un hydrocarbure saturé, ne peut donner que des produits de substitution, un atome de chlore étant remplacé successivement par un atome d'hydrogène.

Cette substitution du Cl à l'H est intéressante, parce qu'en introduisant dans la molécule de méthane un atome de Cl, on lui donne un pouvoir anesthésique qu'elle ne possédait pas d'abord.

Richardson avait bien affirmé que le méthane pur était anesthésique, mais Regnauld et Villejean ont montré qu'il était impossible de déterminer l'anesthésie ; il produit simplement une accélération des mouvements respiratoires par suite de sa fixation sur les hématies.

En substituant progressivement un, deux, trois, quatre Cl à un, deux, trois, quatre H, on obtient quatre corps qui ont des propriétés bien distinctes.

Le premier est le chlorure de méthyle, CH_3Cl . Le second est le chlorure de méthylène, CH_2Cl_2 , qui possède des propriétés anesthésiques plus marquées, mais il est trop toxique.

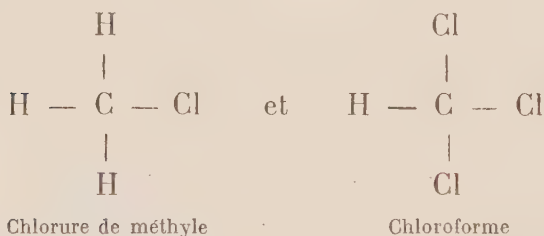
Le chloroforme CHCl_3 est connu pour que nous nous y arrêtions.

Enfin, le dernier, le tétrachlorure de carbone ou méthane

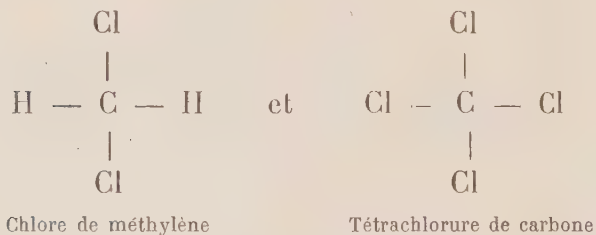
tétrachloré, CCl_4 , est très anesthésique, mais aussi très dangereux et sa dose maniable est nulle.

En comparant les différents pouvoirs anesthésiques de ces corps, on peut noter que les dérivés dans lesquels la substitution des atomes de chlore se fait en nombre impair possèdent une action anesthésique utilisable en thérapeutique. Ceux dont la substitution se fait en nombre pair sont inutilisables parce que toxiques, et leur toxicité va en croissant avec les atomes de Cl substitués à ceux d'H.

En appelant composé dissymétrique tout composé dont l'atome de carbone a ses valeurs saturées dissymétriquement et composé symétrique ceux dont le carbone est saturé symétriquement, on peut dire que les composés chlorés du méthane dissymétrique sont anesthésiques et susceptibles d'un emploi médicamenteux, tels :



Au contraire, les symétriques sont toxiques.



Le chloroforme amenant une réfrigération locale trop

peu active, nous nous sommes adressé uniquement au chlorure de méthyle.

On a appelé encore celui-ci : formène monochloré, éther chlorhydrique de l'alcool, méthylique et chlorométhane.

On avait tout d'abord songé à le préparer par l'action de la chaleur sur le chlorhydrate de triméthylamine, provenant des vinasses de betteraves qui contiennent de la bétaine ou triméthylglycocolle.

Le formène monochloré ainsi obtenu possédait une odeur très forte due à des dérivés sulfurés, qui le rendaient incommode pour son emploi en thérapeutique.

On le prépare aujourd'hui par l'action de l'HCl sur l'alcool méthylique (Dumas et Péligot).



Le chlorure de méthyle ainsi préparé contient souvent de l'oxyde de méthyle, $\text{CH}^3\text{O} - \text{CH}^3$, dont on ne peut le débarrasser que par des lavages prolongés, mais qui paraît sans inconvénient pour les usages médicaux.

Le chlorure de méthyle est gazeux à la température ordinaire ; il se liquéfie facilement et bout à -22° , il brûle avec une flamme bordée de vert.

Traité par un alcali, il donne de l'alcool méthylique, réaction très importante qui constitue une méthode générale de synthèse pour les alcools monovalents (Berthelot).

Parmi les divers usages médicaux, on doit citer celui que beaucoup d'auteurs ont préconisé contre les sciatiques rebelles. Cependant, comme on s'expose souvent, à cause de l'action énergique du chlorure de méthyle, à dépasser le but, on évite, dans ces cas, de diriger le jet directement sur la peau, et on utilise un procédé indirect que le docteur Bailly a décrit sous le nom de stypage.

Le premier, notre maître, M. le professeur Vedel, s'en est servi pour traiter des chéloïdes chez une jeune fille de seize ans, très développée pour son âge comme taille et comme poids.

Elle entre à l'hôpital, en 1912, pour une vaste chéloïde de la région inguinale gauche. Cette chéloïde occupait, au-dessus du pli inguinal, à peu près tout l'espace qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure du pubis, mesurant 20 à 25 centim. de long et formant une bande de 6 centim. de large avec une saillie de 5 à 8 millim. suivant les points. Il s'agissait ainsi d'une véritable formation tumorale de consistance scléreuse et de teinte générale violacée.

Le processus chéloïdien s'était installé et étendu progressivement à la suite d'une adénite remontant l'âge de sept à huit ans, qui avait été incisée à plusieurs reprises. Malgré les apparences superbes de cette jeune fille, qui était presque une petite géante pour son âge et qui jouissait d'une santé générale excellente, il est infiniment probable que l'adénite qui était à l'origine de sa chéloïde était de nature bacillaire, vu son caractère non inflammatoire et la longue durée de son évolution.

On commença à traiter cette tumeur chéloïdienne par des scarifications profondes ; il s'agissait d'un tissu lardacé et cependant facilement saignant, mais on se rendit rapidement compte que cette méthode allait être, dans le cas particulier, difficile et de trop longue durée.

On aurait désiré, tout au moins, lui associer la radiothérapie, mais la crainte de stériliser l'ovaire sous-jacent ne pouvait faire admettre l'emploi des rayons X dont, à maintes reprises, nous avons constaté les très heureux effets, notamment un double cas d'acné chéloïdienne

traité peu auparavant chez un cultivateur et son fils, âgés respectivement de quarante et dix-huit ans.

Dans ces conditions, ne pouvant guère compter sur les scarifications ni admettre les rayons X, on eut l'idée de brûler, en quelque sorte, plan par plan, cette chéloïde avec le chlorure de méthyle. Cette idée fut très heureuse dans le cas particulier, puisqu'en une douzaine de séances, à raison de deux par semaine, la tumeur chéloïdienne avait disparu, la peau ayant retrouvé son niveau et sa souplesse et ne conservant qu'une teinte un peu violet brunâtre.

Quatre ou cinq ans après, au mois d'avril 1916, nous fûmes amené à revoir cette jeune fille, jouissant toujours d'une santé presque exubérante, la cicatrice était restée souple dans son ensemble et avait pris une teinte brun jaunâtre, mais sur un point pré-pubien, s'était remontrée une petite prolifération chéloïdienne légèrement saillante sur l'étendue de 3 centimètres de long sur 2 de hauteur. On fit alors une pulvérisation qui semble avoir suffi puisque la malade devait revenir si nécessaire et que nous n'avons plus eu l'occasion de la revoir.

C'est le bon résultat obtenu dans ce cas qui nous a engagé à appliquer le traitement par le chlorure de méthyle aux acnés chéloïdiennes de la nuque.

Technique. — Nous nous servons pour cela des cylindres que nous livre le commerce sous le nom de siphons. Au moyen de deux vis de pression et d'une tubulure latérale, nous pouvons graduer la force du jet et diriger celui-ci.

La technique est très simple, elle consiste à placer l'extrémité du siphon à quinze centimètres environ de la nuque du sujet que l'on veut traiter et à diriger perpen-

diculairement le jet sur la peau. Si on se place à une distance assez rapprochée et si on ne donne qu'une faible vitesse au jet de chlorure qui s'échappe, c'est pour éviter la dispersion du liquide et on peut, ainsi, mieux localiser son action. On fait agir ainsi le chlorure de méthyle pendant cinq à six secondes pour les séances de début, jusqu'à ce qu'on obtienne une couche de neige compacte de un demi-millimètre d'épaisseur environ.

On s'efforcera d'immobiliser, autant que possible, le malade, de façon à ne pas brûler les parties saines qui sont beaucoup plus sensibles à l'action du médicament. On pourrait aussi les protéger avec du diachylon.

Aussitôt après que la coloration de la peau sera redevenue normale, on appliquera un pansement humide à l'eau d'Alibour faible au tiers qui sera renouvelé tous les matins.

Nous avons ainsi fait deux séances par semaine. Chaque séance amenait une douleur assez violente, sous forme d'une piqûre cuisante qui cessait deux heures après l'application du chlorure de méthyle, et que les pansements humides contribuaient aussi à calmer.

On observe, après chaque séance, un léger degré de brûlure.

Après la cinquième ou la sixième séance, on peut allonger un peu la durée de la pulvérisation jusqu'à dix à douze secondes sans dépasser cette limite parce que la douleur serait alors intolérable.

Avec des séances aussi longues, on arrive souvent à produire des phlyctènes plus ou moins volumineuses qui apparaissent le lendemain et persistent pendant quelques jours. On cessera alors l'application du topique et on traitera ces phlyctènes par des pansements humides plus fréquemment renouvelés.

La production de ces phlyctènes doit être considérée comme un phénomène heureux, puisque nous avons pu chaque fois observer qu'elles étaient suivies d'une amélioration très sensible.

Nous avons ainsi fait en moyenne quarante séances à chacun de nos trois malades qui sont le plus avancés et nous avons obtenu des résultats favorables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite, prise dans le service de M. le professeur Vedel.)

V... Alexandre, propriétaire, trente et un ans. Actuellement mobilisé au 281^e d'infanterie.

Depuis l'âge de quinze ans, le malade présentait, chaque année, au printemps, et cela pendant deux mois, une poussée de folliculite au niveau du cou, qui cédait à l'application de pansements humides et d'iodoforme.

Blessé, le 7 avril 1915, sorti le 17 juillet; pendant le congé de convalescence que le malade obtint à la sortie de l'hôpital, il se produisit une poussée de folliculite plus violente que les précédentes.

Au mois de septembre, dans l'espace de sept à huit jours, il apparaît une série de petites pustules confluentes et s'étendant, d'après les dires du malade, sur toute la largeur de la nuque, sur une longueur de 10 à 11 centimètres, et dont le milieu correspond à la ligne d'implantation des derniers cheveux. Elle s'étend en haut et en bas sur 2 ou 3 centimètres.

Le malade se présente à la consultation de M. le pro-

fesseur Vedel, le 12 décembre, et entre dans le service le 16 décembre.

A l'examen, on voit une formation tumorale occupant l'emplacement que l'on a déjà situé. La surface est parsemée de petites élevures, sortes de petits cratères d'où sortent des poils groupés par trois ou quatre selon les points, et qui paraissent soudés à leur base en constituant, en quelque sorte, une petite aigrette

De ces petits cratères s'écoule une suppuration assez abondante et les mouvements du cou sont douloureux.

On trouve aussi d'autres points papulo croûteux d'où ne sortent pas de poils.

En palpant à pleine main, on a l'impression d'une tumeur dure comme si la nuque formait un tout solide. Cette masse est, cependant, mobile sur les plans sous-jacents. On ne peut arriver à plisser la peau sans amener de la douleur. En palpant plus doucement avec un ou deux doigts seulement, on distingue sur toute cette surface des zones d'induration de natures différentes.

Cette induration est bien plus marquée autour des petits cratères, elle s'irradie autour de ces points, et arrive ainsi à confluer avec l'induration venant d'un cratère voisin.

Au niveau de la nuque, on distingue très bien, ressortant sur toute cette masse, deux points blanchâtres de la surface d'une pièce de 50 centimes, d'aspect cicatriciel, et qui répondent aux points de pénétration de petits éclats d'obus. Ces points sont aussi très nettement indurés et constituent une cicatrice chéloïdienne.

De même, on rencontre sur le bras et l'épaule gauches cinq cicatrices résultant de la guérison de plaies occasionnées par de petits éclats d'obus. Ces cicatrices sont chéloïdiennes, exubérantes, indurées, et l'induration

rayonne légèrement autour d'elles. Elles ne sont pas douloureuses et ne gênent pas le malade.

Le sujet est de complexion très forte, avec tendance à l'obésité. Aucun trouble du côté des autres appareils. Aucun antécédent héréditaire, ni personnel ; ni syphilis, ni tuberculose.

Traitement. — M. le professeur Vedel ayant posé le diagnostic d'acné chéloïdienne, on commence aussitôt le traitement par une première pulvérisation de chlorure de méthyle, dont la durée est de six secondes environ.

On continue ainsi à faire deux pulvérisations par semaine, les lundi et vendredi, jusqu'au 15 mars, où, le chlorure de méthyle faisant défaut, nous appliquons de simples pansements humides après attouchement à la teinture d'iode.

Le 7 avril, on recommence la série des pulvérisations, le malade va déjà mieux et la peau de la nuque commence à recouvrer un peu de sa souplesse.

Le 20 mai, manquant de nouveau de chlorure, on fait une seule brûlure au thermocautère, puis, pendant plusieurs séances, on se sert du chlorure d'éthyle qui ne donne pas grand résultat.

Enfin, le 7 juin, on peut reprendre le traitement avec le chlorure de méthyle en poussant, cette fois, un peu plus vigoureusement le traitement de manière à obtenir l'apparition de phlyctènes toutes les deux ou trois séances.

On fait en même temps des pulvérisations sur les chéloïdes du bras et de l'épaule, et on peut constater que celles-ci diminuent sensiblement de volume.

Actuellement la lésion est, dans son ensemble, cicatrisée et assouplie, mais elle est encore limitée par une arête supérieure présentant sur son trajet un processus croûteux,

étroit, et, en quelques endroits, des points de suppuration profonde.

Les chéloïdes du bras et de l'épaule sont sensiblement diminuées et assouplies, mais leur disparition complète demanderait encore quelques séances supplémentaires.

OBSERVATION II

(Inédite, prise dans le service de M. le professeur Vedel.)

B... Justin, vingt-huit ans, employé de commerce, actuellement mobilisé au 281^e infanterie.

A l'âge de vingt ans, le malade a eu un gros furoncle au niveau de la partie supérieure de la nuque qui a été incisé et a guéri au bout de dix jours, après application de pansements humides.

Deux ans après, il se produit une éruption de folliculite qui revient chaque année, au printemps, pendant une quinzaine de jours, et disparaît sans aucun traitement.

Au mois de septembre 1914, nouvelle éruption de folliculite, cette fois un peu plus intense et qui augmente peu à peu de volume par poussées successives.

Le soldat fut évacué, le 26 septembre 1915, pour une blessure à la tête. Après un séjour de deux mois dans les hôpitaux, la blessure étant cicatrisée, comme le malade souffre de plus en plus de la nuque, il se présente à la visite et vient en consultation à l'hôpital Suburbain, service de M. le professeur Vedel, le 26 décembre 1916.

A l'examen, on voit une formation siégeant au niveau de la nuque, de forme ovale, d'une longueur de 8 à 9 cent. sur 4 cent. de hauteur. La majeure partie de cette tumeur se trouve au-dessus des derniers cheveux.

Au moment des poussées, la douleur est plus marquée et la suppuration devient plus abondante.

Au niveau de ce tissu chéloïdien, on sent une induration assez étendue et on plisse difficilement la peau en amenant une certaine douleur. La peau est cependant mobile sur les plans sous-jacents.

L'induration occupe toute l'étendue de la lésion et sa périphérie est nettement limitée par un bourrelet qu'on aperçoit à la vue, mais qui est surtout sensible au toucher.

Au centre de la tumeur, on voit trois points, deux supérieurs et un inférieur, qui sont le siège d'une induration plus marquée.

Ce tissu induré est constellé par places de points d'acné suppurée à divers stades, les uns encore papuleux, les autres vésiculeux et suppurés, d'autres enfin formant de petits cratères plus ou moins recouverts de croûtes et d'où sortent des touffes de petits cheveux.

Le sujet est grand, d'une complexion moyenne et ne présente aucun trouble du côté des autres appareils.

Dans ses antécédents héréditaires, père mort cardiaque, à quarante-huit ans.

Ni syphilis, ni tuberculose.

Traitement. — Le diagnostic d'acné chéloïdienne étant posé, on fait aussitôt une pulvérisation de chlorure de méthyle en dirigeant le jet successivement sur toutes les parties de la tumeur pendant cinq à six secondes. On applique ensuite un pansement humide à l'eau d'Alibour faible.

On continue ainsi : les lundi et vendredi, jusqu'au 15 mars. A ce moment, faute de chlorure de méthyle,

on fait des attouchements à la teinture d'iode et des pansements humides à l'eau d'Alibour faible.

Le 7 avril, reprise des pulvérisations; le malade est bien amélioré, la peau présente encore l'aspect chéloïdien, mais les papulo-pustules d'acné ont diminué. Le processus d'extension a été arrêté.

Le 20 mai, nouvel arrêt du traitement. On brûle au thermocautère.

Le 7 juin. nouvelles pulvérisations au chlorure de méthyle, en poussant un peu le traitement toujours à raison de deux par semaine.

Le sujet est d'ailleurs très sensible au chlorure de méthyle, et des phlyctènes apparaissent plus facilement que chez les autres malades, en sorte que souvent on ne peut faire qu'une application par semaine.

Actuellement, la lésion est guérie dans son ensemble, il ne persiste qu'une arête supérieure, croûtelleuse, avec deux ou trois points présentant une goutte de pus qu'on peut faire sourdre par la pression.

OBSERVATION III

(Inédite, prise dans le service de M. le professeur Vedel.)

G... Prosper, vingt-huit ans, employé de commerce, actuellement mobilisé dans l'infanterie.

A la fin de sa dernière année de service (août 1913), le malade a eu une éruption de petits furoncles au niveau de la partie centrale de la nuque, au-dessus des derniers cheveux. On lui conseilla des applications de pommade à l'oxyde de zinc et des dépuratifs à l'intérieur, ce qui aurait, dit-il, amélioré les lésions.

Cependant, chaque mois, survenait une nouvelle poussée qui durait dix jours environ, puis diminuait d'intensité sans jamais disparaître complètement.

Ces petits furoncles occupaient toujours la même place, n'avaient pas de tendance à s'accroître et supprimaient très légèrement en n'occasionnant qu'une douleur très supportable.

Cependant, le malade ne pouvait porter de col rigide, sans occasionner, de nouveau, une nouvelle poussée et, celle-ci, plus douloureuse.

Le 9 avril 1915, le malade ayant reçu une blessure de guerre au genou gauche, est resté jusqu'au 21 septembre dans un hôpital, et dirigé ensuite sur une autre formation sanitaire pour son affection de la nuque où il reste jusqu'au 2 janvier.

Pendant son séjour à Prades, le malade allait prendre, tous les matins, un bain à Moolich. A la suite de l'apparition d'un furoncle à la nuque, on interrompt les bains, et, un mois après, on dirige le soldat sur le service de M. le professeur Vedel.

Le 3 janvier 1916, à l'examen, on constate qu'il s'agit d'une acné chéloïdienne de la nuque.

Sur une étendue de huit à dix centimètres et une hauteur de deux à trois, formant une saillie de quelques millimètres, s'étale un processus d'acné chéloïdienne, constitué à la fois par une bande de tissu plus ou moins scléreux parsemé de folliculites en voie de suppuration, ou recouvertes de croûtes adhérentes et sèches, ou cicatrisées en légères dépressions d'où émergent quelques poils.

Au toucher, la peau est mobile sur les plans sous-jacents; quand on essaye de la plisser, elle donne la sensation d'une dureté de carton non uniforme qui est sur-

tout marquée au niveau des points d'inflammation et qui rayonne autour d'eux.

Le maximum des lésions est au centre et va en décroissant vers les extrémités droite et gauche.

Le malade est d'une complexion forte, n'accuse aucun trouble du côté des autres appareils.

Aucun antécédent pathologique personnel. Mère morte à quarante-huit ans d'un néoplasme. Ni syphilis, ni tuberculose.

Traitement. — Le diagnostic d'acné chéloïdienne posé, on commence aussitôt les pulvérisations de chlorure de méthyle pendant une durée de six secondes, en dirigeant le jet sur toute la tumeur et en se tenant à une distance de quinze centimètres environ.

On fait ainsi deux applications par semaine. On obtient, en général, une brûlure légère avec, quelquefois, production de phlyctènes qui apparaissent le lendemain et qui cèdent, quelques jours après, à l'application de pansements humides à l'eau d'Alibour faible.

On fait ainsi une série d'applications jusqu'au 15 mars, où, le chlorure de méthyle manquant, on se contente de simples attouchements à la teinture d'iode et toujours de pansements humides.

On recommence les pulvérisations le 7 avril et on continue ainsi jusqu'au 20 mai où le chlorure fait de nouveau défaut. On brûle alors une fois avec le thermocautère.

Le 7 juin, reprise des pulvérisations en intensifiant un peu le traitement; on fait alors agir le chlorure de méthyle pendant une dizaine de secondes, de manière à amener, toutes les deux ou trois séances, la production de phlyctènes.

Actuellement, le processus d'acné chéloïdienne peut

être considéré comme guéri. La peau a repris presque complètement sa souplesse et présente un aspect presque uniformément lisse et rosé, émaillée simplement de quelques poils émergeant de toutes petites saillies papuleuses. Il s'agit là, nettement, d'un tissu de cicatrice, mais il persiste à la lisière supérieure des poils un petit cordon sous forme d'arête s'étendant de droite à gauche avec quelques croûtes adhérentes, sans suppuration, en quelque sorte délimitant la chéloïde cicatrisée et la chevelure.

OBSERVATION IV

(Inédite, prise dans le service de M. le professeur Vedel.)

F... Eugène, trente-un ans, cultivateur, actuellement caporal d'infanterie.

A l'âge de seize ans a eu un furoncle au niveau du cou, qui a cédé, au bout de quelques jours, à l'application de cataplasmes.

Etant au régiment, nouveau furoncle qui disparaît bientôt. Sur le front, en mars 1915, nouvelle éruption de folliculite.

Blessé, le 28 septembre, le malade est évacué à l'intérieur; à ce moment il se produit une nouvelle poussée de petites pustules suppurant un peu et sur lesquelles on a appliqué de l'huile de cade.

La blessure s'étant rapidement cicatrisée, et la nuque n'ayant reçu aucune amélioration du traitement à l'huile de cade et à la pommade à l'oxyde de zinc, le malade est dirigé sur l'hôpital suburbain, service de M. le professeur Vedel.

Le 3 février 1916, à l'examen, on voit, à la limite des

cheveux et sur toute la largeur de la nuque, une série de petites pustules disposées selon une ligne un peu sinueuse, qui, horizontale à la partie médiane, s'infléchit brusquement pour devenir presque verticale aux deux extrémités. La hauteur est d'environ 2 centimètres et les petites élevures sont séparées les unes des autres par des intervalles de trois ou quatre millimètres en moyenne.

A gauche, on distingue une série de sept petits cratères d'où émergent de petites touffes de poils groupés par trois ou quatre, selon les points considérés; ces poils sont un peu plus gros que les cheveux ordinaires.

A droite, il y a de même quelques points identiques, mais la forme en cratère est moins nette et les poils ne sortent plus que séparément.

Au palper, on sent une induration cartonnée plus marquée aux lieux où nous avons indiqué les deux groupes principaux de la tumeur, qui affecte ainsi un peu la forme d'un sablier allongé.

Cette induration se poursuit cependant au milieu, mais est moins accusée. Elle remonte en haut jusqu'à trois ou quatre centimètres, et descend jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre cervicale.

A la partie inférieure de la nuque et à droite, se trouve une cicatrice blanchâtre qui est le siège du premier furoncle, ici l'induration s'est un peu atténuée. A la partie supérieure, à gauche, on rencontre aussi un nodule plus important qui paraît avoir été le point de départ de l'affection actuelle.

Toute la nuque est douloureuse à la palpation et au mouvement. Le sujet est grand, de complexion assez forte, et n'accuse aucun trouble du côté des autres appareils, si ce n'est une légère dyspepsie.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ni personnels. Jamais de syphilis ni de tuberculose.

Traitement. — Dès le diagnostic d'acné chéloïdienne posé, on commence les pulvérisations de chlorure de méthyle, en dirigeant le jet sur toute la tumeur pendant six secondes environ, jusqu'à formation d'une neige.

On continue ainsi tous les lundi et vendredi de chaque semaine. Le sujet est assez sensible à l'action du topique et il se produit assez souvent des phlyctènes. Dans l'intervalle, pansements humides à l'eau d'Alibour faible.

Du 15 mars au 7 avril, attouchements à la teinture d'iode.

Le 7 avril, reprise des pulvérisations, la suppuration est complètement tarie, et il ne se forme plus de nouvelles pustules, en même temps la nuque devient plus souple.

Le 20 mai, nouvel arrêt jusqu'au 7 juin, on brûle une seule fois au thermocautère. On fait aussi quelques pulvérisations de chlorure d'éthyle qui n'amènent aucun changement.

Le 7 juin, nous reprenons plus activement les pulvérisations en essayant d'amener la production de phlyctènes. On ne fait plus alors qu'une seule application par semaine.

Actuellement, à la limite supérieure de la lésion, à la reprise des cheveux, simple bande très légèrement surélevée en arête, avec quelques croûtes sans suppuration.

Le reste de la cicatrice est souple, rosé et presque lisse.

OBSERVATION V

(Inédite, prise dans le service de M. le professeur Vedel)

P... Alipe, quarante-un ans, cantonnier, actuellement mobilisé au 2^e génie.

En 1914, le malade est atteint de furonculose ; ces furoncles siègent un sur la main gauche, un sur l'abdomen et trois au niveau de la nuque.

Ceux de l'abdomen et de la main ont guéri avec des pansements humides. Ceux du cou ont persisté pendant deux mois, ils évoluaient spontanément, se perçaient et suppurait abondamment.

Le 10 novembre, le malade arrive sur le front ; les furoncles continuent à procéder par poussées avec alternatives d'amélioration et de recrudescence. Traités par des pansements humides et la teinture d'iode, ils étaient légèrement améliorés au point de vue douleur, mais ne rétrocédaient jamais complètement ; de plus, s'ils diminuaient de grosseur, leur nombre allait en augmentant et procuraient une plus grande gêne.

Le malade continué ainsi à souffrir jusqu'au 3 octobre 1915, date à laquelle il est ramené sur son dépôt, par décret ministériel relatif aux cantonniers.

Après trois mois du même traitement, comme on ne constate aucune amélioration, on l'envoie à la consultation de M. le professeur Vedel. Après avoir diagnostiqué une acné chéloïdienne de la nuque, on commence, le 16 janvier 1916, les pulvérisations de chlorure de méthyle qu'on poursuit une fois par semaine pendant tout le mois de janvier.

Au mois de février, le malade était déjà amélioré, mais

il est désigné pour aller à Cette et ne peut continuer son traitement. Il entre à l'hôpital de cette ville le 22 février et y reste jusqu'au 22 mars. Là, le traitement par les pansements humides ne l'ayant nullement guéri, on se décide à le diriger sur le service de M. le professeur Vedel.

Le 5 avril, à l'examen, on trouve, au niveau de la nuque, deux formations inflammatoires bien distinctes, une siégeant sur le côté gauche, à peu près ronde et d'un diamètre de 5 cent. environ, l'autre à droite et présentant une surface un peu plus petite que la précédente.

Ces surfaces, d'aspect framboësiforme, sont piquetées de petits cratères d'où s'échappe une légère suppuration jaune clair et dont certains donnent issue à trois ou quatre cheveux qui paraissent soudés ensemble à leur base, constituant ainsi une petite aigrette.

Ces surfaces sont indurées, surtout la gauche, induration que l'on sent très bien quand on veut plisser la peau mobile sur les plans sous-jacents.

Autour, s'étend une zone rouge et possédant une induration moins importante.

On voit aussi quelques points blancs d'aspect cicatriciel dont la surface est légèrement plissée et qui représentent des lésions déjà guéries.

Dans ce cas, le processus de sclérose chéloïdienne est moins accentué que dans les cas précédents, parce que la lésion est de date plus récente. En revanche, le processus acnéique est plus marqué que dans les autres et se présente sous la forme de folliculite agminée de vage aspect de kérion.

Le sujet est de taille petite, mais de forte complexion. Il n'accuse aucun trouble du côté des autres appareils. Dans ses antécédents personnels, ne présente qu'une

pyodermite des mains à vingt-huit ans. Ni syphilis, ni tuberculose.

Père mort d'un néoplasme de l'estomac à quarante-sept ans.

Traitement. — Le 7 avril, on reprend les pulvérisations de chlorure de méthyle, et comme les lésions présentent une tendance à l'accroissement et que le malade est très résistant, on fait des pulvérisations un peu plus longues, de dix secondes environ.

On amène ainsi la formation de phlyctènes sur lesquelles on applique des pansements humides à l'eau d'Alibour faible. On poursuit les pulvérisations tous les lundi et vendredi, jusqu'au 20 mai.

A ce moment, manquant de chlorure de méthyle, on brûle une ou deux fois au thermocautère, puis on touche à la teinture d'iode.

Le 7 juin, on reprend vigoureusement le traitement au chlorure de méthyle que le malade supporte très bien.

Actuellement, la lésion a diminué, s'est affaissée, a repris de sa souplesse. Il n'y a plus de lésions suppurées, mais bien des excoriations provoquées par le chlorure de méthyle.

La masse de droite est encore plus souple et en meilleur état que la gauche qui reste un peu surélevée et granuleuse.

RÉSULTATS ET CONCLUSIONS

En résumé, ces diverses observations se ressemblent beaucoup, notamment les quatre premières. Il s'agit, dans ces cas, de lésions anciennes d'acné chéloïdienne qui se sont constituées sur un terrain depuis très longtemps infecté par le staphylocoque sous forme de furoncle ou de folliculites. Le processus chéloïdien s'est instauré longtemps après le processus infectieux. L'action du traitement par le chlorure de méthyle s'est nettement marquée au point de vue chéloïdien, affaissant le relief tumoral, assouplissant la peau et lui donnant un aspect blanc, rosé, cicatriciel, lisse dans l'ensemble, avec une sensation de granité à la palpation.

Au point de vue du processus infectieux acnéique, les pulvérisations de chlorure de méthyle l'arrêtent assez vite, en apparence; mais il faut compter longtemps avec l'infection profonde de la peau, qui se cache facilement sous des croûtes et dans les cheveux et qui se révèle par la pression, en laissant sourdre, en divers points, du pus ramené de la profondeur.

C'est à cette infection profonde et souvent cachée de la peau que M. le professeur Vedel rattache la difficulté et, par suite, la longueur du traitement.

Car, si l'on n'y prend garde, il se produit sans cesse des réensemencements, surtout au niveau du cuir chevelu, à la partie supérieure de la lésion chéloïdienne.

Les pulvérisations de chlorure de méthyle agissent mieux sur la chéloïde pure, comme nous l'avons vu à deux reprises, que sur la chéloïde conditionnée par l'acné chéloïdienne.

Si nous ne sommes pas arrivé encore, dans toutes nos observations, à un résultat définitif, c'est à la difficulté de maîtriser l'infection folliculaire que nous le devons. En sorte qu'il nous paraît bon d'associer, au traitement par le chlorure de méthyle, les applications de teinture d'iode et d'eau d'Aïbour.

Du reste, nous ne prétendons pas que le chlorure de méthyle doive exclure tout autre traitement. Notamment, les rayons X peuvent leur être très avantageusement associés. On a traité, également dans le service, les acnés chéloïdiennes avec succès, uniquement par la radiothérapie. Mais les pulvérisations de chlorure de méthyle sont à recommander, surtout dans les cas où l'on ne dispose pas de rayons X. D'autant que, comparant la longueur du traitement par les rayons X ou par les pulvérisations, on voit que ces dernières semblent agir au moins assez rapidement.

En conclusion, l'étude préalable de l'acné chéloïdienne nous a montré la difficulté de la guérir. Ce qui explique le grand nombre de méthodes employées et que nous avons passées en revue. Parmi ces méthodes, nous recommandons les pulvérisations de chlorure de méthyle qui nous ont donné des résultats très satisfaisants et que nous pouvons espérer complets en un laps de temps plu-

tôt inférieur à celui que nécessite l'application des autres méthodes.

Par ailleurs, il est autrement facile de se procurer du chlorure de méthyle, alors que l'on ne dispose que bien plus rarement d'une installation radiothérapique ou de radium, pour ne parler que des méthodes qui se sont montrées les plus favorables

Enfin, il est possible qu'il y ait intérêt, quand on le peut, à associer diverses méthodes pour le traitement de l'acné chéloïdienne comme pour le traitement de toutes les affections cutanées.

BIBLIOGRAPHIE

ALIBERT. — Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau. Paris, 1818.

— Monographie des dermatoses. Paris, 1832.

AMICIS (DE). — Congrès de dermatologie et syphil. Paris, 1889.

BAILLON. — Contribution à l'étude des chéloïdes. (Thèse de Paris, 1903.)

BALZER et MOUSSEAU. — Traitement de la chéloïde par des injections d'huile créosotée. (Annales de dermatologie et syphiligraphie. Paris, 1910.)

BALZER et LEROY. — Chéloïde à marche progressive. (Bulletin Société française de dermatologie et syphiligraphie. Paris, 1898.)

BAUNIER. — Nouvelle dermatologie ou précis théorique et pratique sur les maladies de la peau, 1842.

BAZIN. — Dictionnaire des sciences médicales, par Dechambre. Article chéloïde. Paris, 1872.

BAZIN et GUERARD. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées artificielles et sur la lèpre, les diathèses, le purpura. Paris, 1862.

BECUE. — Contribution à l'étude des chéloïdes. (Thèse Paris, 1899.)

BELOT. — Archives d'électricité médicale, n° 291.

- BELOT. — Société de radiologie médicale de Paris, 1910.
— Traité de radiothérapie. Paris, 1909.
- BELOT et GOUIN. — Traitements physiques de l'acné chéloïdienne de la nuque. (Archives d'électricité médicale, 1911.)
- BELOT et HARET. — Deux cas d'acné chéloïdienne guéris par la radiothérapie. (Archives de dermat., juin 1906.)
- BEHAL et VELANI. — Traité de chimie organique.
- BESNIER. — Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, 1888.
- BESNIER et DOYON (Adrien). — Traduction française de Kaposi. Pathologie et traitement des maladies de la peau, 1891, 2^e édition
- BEURMANN (DE) et GOUGEROT. — Chéloïdes secondaires à des cicatrices syphilitiques. (Bulletin Société française de dermat. et syphil. Paris, 1905.)
- BRAULT. — Fausses chéloïdes consécutives à des syphilides tuberculo-ulcéreuses. (Société de dermatologie et syphiligraphie, 1903.)
- BROCQ. — Traité de dermatologie, t. I^{er}, 1909.
— Annales de dermatologie et syphiligraphie, pp. 25-97, 1890.
- BROCQ et JACQUET. — Précis élémentaire de dermatologie. 2^e éd., tome IV.
- BUSCHKE. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, octobre 1905.
- CAZENAVE et SCHEDEL. — Abrégé pratique des maladies de la peau, d'après les auteurs les plus estimés et en particulier M. le docteur Bielt. Paris, 1838.
- CLAUDE (Octave). — Archives générales de médecine, 1909.
Traitements des chéloïdes par le radium.
- DARIER. — Précis de dermatologie, 1909.
- DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau, 1857.
- DUBREUILH. — Précis de dermatologie, 1909.

- EHRMANN. — Annales de dermat. et syphil., 1895.
- FLEIG. — La radiothérapie en dermatologie. (Thèse Paris, 1906.)
- FORGUE. — Précis de pathologie externe.
- FOLLIN. — Gazette des hôpitaux, 1849.
- GALLET. — L'acide carbonique solide en thérapeutique dermatologique. (Thèse Paris, 1911.)
- GASTOU. — Congrès de physiothérapie. Paris, avril 1909.
- GAUCHER. — Traité des maladies de la peau, 1909.
- GAUCHER et MILIAN. — Chéloïdes multiples, mauvais effets de l'extirpation. (Société française de dermatologie, décembre 1903.)
- GAUTIER. — Cours de chimie minérale organique et biologique.
- GINTRAC. — Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale. Paris, 1853, 1871, t. I^{er}.
- GOHIER. — Emploi de la neige carbonique comprimée en dermatologie. (Thèse Paris, 1912.)
- GOUIN. — De l'acné chéloïdienne. (Thèse Paris, 1911.)
- GOUGEROT, BEURMANN (DE) et NOIRÉ. — Annales du dermat. et syphil., 1906.
- GOUGEROT et LEVYFRANKE. — Cicatrices chéloïdiennes consécutives à des engelures ulcérées chez un scrofolympatique.
- GUIBOUT. — Leçons cliniques sur les maladies de la peau, 1835.
- HALLOPEAU et DAINVILLE. — Cicatrices chéloïdiennes multiples et confluentes du thorax et du membre supérieur droit, d'origine syphilitique. (Bulletin de la Société française de dermat. et syphil. Paris, 1910.)
- HARDY. — Leçons sur les maladies de la peau, 1859.
- Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, 1886.
- HÉBRA. — Traité des maladies de la peau. Article chéloïde, par Kaposi, 1878.

- HÉBRA et LAQUERRIÈRE. — Acné frambœsiforme. (Annales de dermatologie, juin 1893 ; Bulletin officiel d'électrothérapie et de radiologie, mars 1907 et juin 1910)
- LAFFITE. — Pratique dermatologique. Article chéloïde, t. I, 1900.
- LEDUC, de Nantes. — Gazette médicale de Paris, 1902.
- LE FRANC. — Anatomie pathologique de la chéloïde faite par Darier. (Thèse Paris, 1894.)
- LELOIR et VIDAL. — De la chéloïde. (Annales de dermatologie, tome I, 1890.)
- Maladies de la peau, 1889.
- LÉVY. — La chéloïde est-elle tuberculeuse ? (Thèse Paris, 1914.)
- MARIE (Pierre). — Traitement de la chéloïde par les injections d'huile créosotée. (Société médicale des hôpitaux, 3 mars 1893.)
- MANQUAT. — Traité de thérapeutique.
- PAUTRIER et GOUIN. — Anatomie pathologique de l'acné chéloïdienne de la nuque. (Annales de dermatologie, avril 1911.)
- PLICQUE. — Les diverses variétés de chéloïdes et leur traitement. (Gazette des hôpitaux, 16 octobre 1890.)
- POUCHET. — Précis de pharmacologie et de mat. médicale.
- PRUNIER. — Les médicaments chimiques.
- RAYER. — Traité des maladies de la peau. Paris, 1835, t. II.
- RETZ. — Maladies de la peau et de celles de l'esprit. Paris, 1790.
- RICHAUD. — Précis de thérapeutique et de pharmacologie.
- SABOURAUD. — Anatomie topographique des maladies de la peau, 1905.
- L'acide carbonique neigeux en dermatologie. (La Clinique, 29 décembre 1912.)
- SAVORNIN. — Des acnés symptomatiques Contribution à l'étude étiologique des acnés. (Thèse Paris, 1903.)

- THIBIERGE. — Article chéloïde *in* Pratique dermatologique, 1900, t. I.)
- Article chéloïde *in* Traité médecine de Charcot et Bouchard.
- ULMANN. — Analyse *in* Annales de dermat. et syphil., t. VII, 1896.
- VASTICAR. — Annales de chirurgie et orthopédie, 1899.
- VÉRITÉ. — Note lue à l'Académie en 1882.
- VIDAL. — Société de chirurgie, 21 janvier 1881.
- Annales de dermat. et syphil., 1890.
- WICKHAM et DEGRAIS. — Traité de radiumthérapie, 1909.
- La Clinique, 7 octobre 1910.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 juillet 1916.
Le Recteur,
Ant. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 juillet 1916.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
